

تجارب زیسته مربیان پرستاری از فرایند یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه

آمنه زرین

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی ایران‌شهر، سیستان و بلوچستان، ایران

چکیده

با توجه به نیاز دانشجویان پرستاری به تلفیق نظریه با عمل، پژوهش‌های جاری به دنبال بهترین مدل‌های یادگیری و تدریس در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه هستند. کمبود مداوم مربیان باتجربه در کنار افزایش تعداد دانشجویان، چالش‌های اساسی در آموزش بالینی پرستاری ایجاد می‌کند. هدف این مطالعه کاوش تجربیات زیسته مربیان پرستاری از فرایند یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه است. این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با هفت مربی پرستاری در مراکز بهداشتی درمانی اولیه انجام شد. مربیان شرکت‌کننده در محدوده سنی ۳۲ تا ۵۵ سال قرار داشتند و همگی زن بودند. مصاحبه‌ها ثبت و پیاده‌سازی شد و با استفاده از تحلیل محتوای استقرایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این مطالعه با رعایت اعلامیه هلسینکی و دستورالعمل‌های اخلاقی محلی انجام شد. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه درون مایه اصلی شد: (۱) محیط یادگیری (با زیردرون مایه‌های: محیط فیزیکی، ملاقات‌های کوتاه با بیماران با نیازهای مراقبتی متنوع، و مشاوره تلفنی)؛ (۲) فرایند یادگیری (با زیردرون مایه‌های: ارتباط باز با گفتگوی مستمر، بازاندیشی و حل مسائل به طور مستقل، و یادگیری مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا)؛ و (۳) پیش‌نیازهای یادگیری (با زیردرون مایه‌های: صلاحیت مربیان، زمان برای مربیگری، و حمایت مدیریتی). مربیان تجربه کردند که یادگیری همتا به عنوان یک مدل آموزشی برای یادگیری در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه سودمند است و آن را محرک، چالش‌برانگیز و منجر به توسعه هویت حرفه‌ای و مهارت‌های پرستاری یافتند. علاوه بر این، مربیان متوجه شدند که دانشجویان چقدر سریع اعتماد به نفس کافی برای ملاقات با بیماران بدون نظارت پیدا می‌کنند. با این حال، چالش‌هایی نیز وجود داشت که عمدتاً مربوط به محیط فیزیکی بود، از جمله دشواری در یافتن اتاق کار و تفاوت‌های فردی دانشجویان که نیازمند راهبردهای مدیریتی از سوی مربیان بود. نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد علیرغم محیط یادگیری پیچیده، یادگیری همتا به عنوان یک مدل آموزشی در محیط مراقبت بهداشتی اولیه از دیدگاه مربیان عملکرد مناسبی دارد. مربیان باید استراتژی‌ها و راه‌حلهایی را آماده کنند تا کارایی مدل آموزشی را تضمین نمایند، به‌ویژه در رابطه با محیط فیزیکی. همچنین، برنامه‌ریزی و ساختار لازم است تا کیفیت فرایند یادگیری دانشجویان را تضمین کند. پیش‌نیازهای موفقیت این مدل شامل صلاحیت کافی مربیان، اختصاص زمان مناسب برای مربیگری و حمایت مدیریتی است. در نتیجه، شرایط کارآموزی بالینی و یادگیری که هم برای دانشجویان و هم برای مربیان مفید باشد، باید توسط مدیریت در اولویت قرار گیرد.

واژگان کلیدی: یادگیری همتا، مربیان پرستاری، مراقبت بهداشتی اولیه، تجربیات زیسته

مقدمه

مربیان پرستاری نقش مهمی در آموزش دانشجویان برای بازاندیشی در عملکردشان دارند تا آن‌ها بتوانند به طور مؤثر مراقبت‌های پرستاری روزانه را برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی کنند. این امر در آموزش دانشجویان برای تبدیل شدن به متخصصانی مستقل و تضمین مراقبت ایمن مبتنی بر شواهد با کیفیت مطلوب ضروری است (ارنستمایر^۱، ۲۰۲۰). تجربه عملی از محیط‌های بالینی مختلف برای پشتیبانی از تصمیم‌گیری بالینی و توسعه حرفه پرستاری حیاتی است. در طول کارآموزی بالینی دانشجویان، پرستاران بالینی ثبت‌شده به عنوان مربی عمل می‌کنند. از آنجا که مربیان مسئولیت ایجاد رابطه‌ای قابل اعتماد با دانشجویان را دارند، باید تکنیک‌های آموزشی مختلفی را متناسب با دانش قبلی یا سطح مهارت دانشجویان انتخاب کنند (رزلی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). مربیگری فرآیندی پیچیده است و نیازمند تعهد، توجه و زمان مربی برای حمایت و تشویق دانشجویان به یادگیرندگانی بازاندیشی‌گر و مستقل است (کارلسون و ایدوال^۳، ۲۰۱۴).

محیط یادگیری بالینی نه تنها شامل مربی، فرآیند مربیگری و تکنیک‌های آموزشی است، بلکه همه چیز در محیط اطراف دانشجویان از جمله محیط مراقبت بهداشتی خاص، کارکنان، بیماران و خانواده‌های آن‌ها، محیط فیزیکی و تجهیزات را نیز دربر می‌گیرد. دانشجویان بیان کرده‌اند که محیط یادگیری بالینی در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه هم چالش‌برانگیز و هم متفاوت از محیط‌های بیمارستانی است. مراقبت بهداشتی اولیه، سطح اول تماس برای افراد و خانواده‌ها در سیستم مراقبت بهداشتی و پزشکی ملی است و اولین عنصر در فرآیند مستمر مراقبت بهداشتی را تشکیل می‌دهد. برای دانشجویان، یادگیری پیچیده است زیرا با بیماران و اعضای خانواده در تمام سنین، با نیازهای مراقبتی متفاوت و با بیماری‌های مختلف روبرو می‌شوند. بنابراین، دانشجویان نیاز دارند برای هدایت و تعامل با بیماران و خانواده‌های آن‌ها توانمند شوند. محیط بالینی هم استرس‌زا و هم متغیر است - از تعاملات مستقیم با بیمار گرفته تا مستندسازی، همکاری و سایر مسئولیت‌ها. یک مرکز مراقبت بهداشتی اولیه اغلب به واحدهای مستقل با گروه‌های مختلف کارکنان مراقبت بهداشتی تقسیم می‌شود. در طول کارآموزی دانشجویان، چندین مربی به طور فعال در فرآیند یادگیری دانشجویان مشارکت دارند؛ موضوعی که دانشجویان ممکن است آن را چالش‌برانگیز بدانند. کمبود مداوم پرستاران و مربیان باتجربه همراه با افزایش تعداد دانشجویان، چالش‌های مضاعفی برای آموزش دانشجویان پرستاری ایجاد می‌کند (بیشولت^۴ و همکاران، ۲۰۱۴).

برای مقابله با این چالش‌ها، تفکر نوآورانه و استراتژی‌های جدید مورد نیاز است که می‌تواند با معرفی تکنیک‌ها و استراتژی‌های آموزشی فعال‌تر دانشجویی مانند یادگیری مشارکتی - از جمله یادگیری هم‌تا، محقق شود. یادگیری هم‌تا یک مدل آموزشی است که در آن دانشجویان با همکاری یکدیگر می‌آموزند. آن‌ها از یکدیگر و با یکدیگر یاد می‌گیرند و بدین ترتیب هم توسعه دانش فردی و هم مشترک ایجاد می‌کنند (بود^۵، ۲۰۰۱). تاپینگ^۶ (۱۹۹۶) یادگیری هم‌تا را این‌گونه تعریف کرده است: "افرادی از گروه‌های اجتماعی مشابه که معلمان حرفه‌ای نیستند، به یکدیگر در یادگیری کمک می‌کنند، و خودشان با تدریس یاد می‌گیرند". ریشه‌های پداگوژیک این استراتژی آموزشی و یادگیری بر اساس نظریه‌هایی است که فضایل تعامل اجتماعی و همکاری را به عنوان عناصر اساسی در ساخت دانش در آغوش گرفته‌اند (بود و همکاران، ۲۰۱۸). در رویکرد آموزش هم‌تایان، ارائه اطلاعات، معلومات و رفتار به افراد یا گروه‌ها توسط کسانی که از نظر ویژگی‌هایی مانند سن، جنس، تجربیات، فرهنگ و مانند آن با گروه هدف مشابه بوده و از شرایط یا موقعیت کافی برای

¹ Ernstmeier

² Rosli

³ Carlson & Idvall

⁴ Bisholt

⁵ Boud

⁶ Topping

اعمال نفوذ برخوردارند، صورت می گیرد. تدریس توسط همتایان به دو قسم همتایان نزدیک^۷ و همتایان شریک^۸ تعریف شده است. همتایان نزدیک دانشجویانی هستند که همیشه در سطح بالاتری قرار دارند. به عبارتی از لحاظ آکادمیک، همتایان نزدیک یک سال یا بیشتر از دانشجویانی که به آن ها درس می دهند تجربه بالینی دارند و همتایان شریک در سطح آکادمیک برابر با خود دانشجو هستند. نتایج تحقیقات نشان داده است که ترکیب دانشجویان سال بالایی و پایینی سبب حمایت روانی دانشجویان و ارتقای حرفه ای آنان از جمله ارتقاء دانش و عملکرد دانشجویان پرستاری در احیای قلبی ریوی (نجفی قزلجه و همکاران، ۱۳۹۷) شده و همچنین می تواند سبب تقویت نگرش به عنوان قسمتی از فرایند یادگیری شود (آزادی و همکاران، ۱۳۹۹). حمایت فعال و جدی از طرف دانشجویان سال بالایی احساس انزوای اجتماعی توسط دانشجویان جدیدالورود را کاهش داده و سبب احساس مفید بودن در برابر چالش های پیش رو می شود و تمایل دانشجویان را برای خارج شدن از این حرفه کاهش می دهد. از سایر مزایای این روش می توان به افزایش اعتماد به نفس، بهبود یادگیری مهارت های روانی-حرکتی و شناختی، بهبود نمرات امتحانی دانشجویان و عدم تحمیل هزینه اضافی بر مؤسسه آموزشی اشاره کرد. در مطالعات متعددی بهبود عملکرد آکادمیک با استفاده از روش آموزش گروه همتایان نشان داده شده است.

بنابراین، محور اصلی یادگیری همتا، فعالیت دانشجویی است که در آن بازاندیشی، تفکر انتقادی و ارتباطات در کانون توجه قرار دارند تا توسعه مهارت های استدلال بالینی را پشتیبانی کنند (استنبرگ و کارلسون^۹، ۲۰۱۵). برای تسهیل این مهارت ها، فعالیت های یادگیری ساختاریافته (SLA) می تواند به عنوان پشتیبانی آموزشی برای دانشجویان استفاده شود. این ها دستورالعمل های نوشته شده ای هستند که دانشجویان را در چگونگی همکاری برای حل مسائل بالینی راهنمایی می کنند. این فعالیت ها با برنامه های درسی و نتایج یادگیری همسو می شوند تا اطمینان حاصل شود که فعالیت های یادگیری تصادفی نبوده و وابسته به علاقه و شایستگی یک مربی خاص نیستند (استنبرگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). استنبرگ و همکاران توصیه می کنند که SLA در همکاری بین دانشگاه ها و محیط های بالینی که دانشجویان در کارآموزی بالینی شرکت می کنند، توسعه یابد تا فعالیت دانشجویی بیشتر پشتیبانی شود.

مطالعه خداوینی و همکاران، (۱۳۹۶) نشان می دهد که یادگیری همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بوده است و همچنین مطالعات در محیط های بیمارستانی نشان داده اند که یادگیری همتا و استفاده از SLA می تواند برای یادگیری، به عنوان مثال مهارت های رهبری، مفید باشد (استنبرگ و کارلسون، ۲۰۱۵). این مدل به دانشجویان احساس امنیت می دهد و یادگیری را افزایش می دهد. همچنین بازاندیشی، تحریک و توسعه توانایی تفکر انتقادی دانشجویان را امکان پذیر می سازد (نایگرن و کارلسون^{۱۱}، ۲۰۱۷). علاوه بر این، تحقیقات قبلی نشان داده اند که مربی نقش جدید و منفعل تر می گیرد و در پس زمینه می ماند اما برای پشتیبانی از دانشجویان حضور دارد. اگرچه کار با یادگیری همتا رشد حرفه ای و شخصی مربیان را تسریع می کند، با این حال، آن ها به دنبال آموزش آمادگی و دانش در زمینه یادگیری همتا هستند (نایگرن و کارلسون، ۲۰۱۷) علاوه بر این، سایر مطالعات چالش های متعددی را ارائه کرده اند، به عنوان مثال، رقابت میان دانشجویان (استنبرگ و کارلسون، ۲۰۱۵)، و احساس ناکافی بودن و استرس در میان مربیان (نایگرن و کارلسون، ۲۰۱۷) بنابراین، معرفی یادگیری همتا و استفاده از SLA برای آماده سازی مناسب هم دانشجویان و هم مربیان برای این تکنیک آموزشی فعال دانشجویی ضروری است (استنبرگ و همکاران، ۲۰۲۰).

⁷ Peers near

⁸ Partner near

⁹ Stenberg & Carlson

¹⁰ Stenberg

¹¹ Nygren & Carlson

اگرچه توجه بین‌المللی کمی به جنبه‌های پداگوژیک مراقبت بهداشتی اولیه به عنوان محیط یادگیری بالینی داده شده است (بوس^{۱۲}، ۲۰۱۴)، نیاز به توسعه و بهبود مربیگری و محیط یادگیری دانشجویان پرستاری وجود دارد. یکی از چنین رویکردهایی ممکن است معرفی یادگیری هم‌تا به عنوان یک مدل آموزشی باشد. هدف این مطالعه کاوش تجارب زیسته مربیان پرستاری از فرایند یادگیری هم‌تا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه است.

پیشینه پژوهش

یادگیری هم‌تا به عنوان یک مدل آموزشی در آموزش پرستاری مورد توجه روزافزون قرار گرفته است. این رویکرد آموزشی که توسط بود (۲۰۰۱) به عنوان فرآیندی تعریف شده که در آن دانشجویان از یکدیگر و با یکدیگر یاد می‌گیرند و به یکدیگر کمک می‌کنند، منجر به توسعه دانش هم به صورت فردی و هم به صورت مشترک می‌شود. تاپینگ (۱۹۹۶) یادگیری هم‌تا را به عنوان روشی تعریف می‌کند که در آن "افرادی از گروه‌های اجتماعی مشابه که معلمان حرفه‌ای نیستند، به یکدیگر در یادگیری کمک می‌کنند و خودشان با تدریس یاد می‌گیرند". این مدل آموزشی ریشه در نظریه‌هایی دارد که بر اهمیت تعامل اجتماعی و همکاری به عنوان عناصر اساسی در ساخت دانش تأکید می‌کنند.

مطالعات نشان می‌دهند که محیط یادگیری بالینی نقش مهمی در توسعه حرفه‌ای دانشجویان پرستاری دارد. کارلسون و ایدوال (۲۰۱۴) دریافتند که تجربیات دانشجویان پرستاری از محیط بالینی می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر فرآیند یادگیری آن‌ها داشته باشد. به همین ترتیب، بیشولت و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که ارزیابی دانشجویان از محیط یادگیری در محیط‌های بالینی مختلف متفاوت است و این تفاوت‌ها می‌تواند بر روند آموزش تأثیرگذار باشد. فلوت و لیندن^{۱۳} (۲۰۱۶) محیط یادگیری بالینی را به عنوان یک محیط اجتماعی پیچیده توصیف کرده‌اند که در آن دانشجویان، مربیان، پرسنل و بیماران در تعامل هستند و این تعاملات بر فرآیند یادگیری تأثیر می‌گذارد.

در زمینه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بوس (۲۰۱۴) بیان می‌کند که این محیط چالش‌های خاص خود را برای آموزش پرستاری دارد. مراقبت بهداشتی اولیه، سطح اول تماس برای افراد و خانواده‌ها در سیستم مراقبت بهداشتی و پزشکی است و فضای یادگیری پیچیده‌ای را برای دانشجویان ایجاد می‌کند. در این محیط، دانشجویان با بیماران و خانواده‌هایی از تمامی سنین، با نیازهای مراقبتی متنوع و بیماری‌های مختلف مواجه می‌شوند که نیازمند توانایی سازگاری و پاسخگویی مناسب است. همچنین، مراکز بهداشتی اولیه اغلب به واحدهای مستقل با کارکنان مختلف تقسیم می‌شوند و این امر می‌تواند چالشی برای دانشجویان در حال یادگیری باشد.

کمبود مداوم پرستاران ثبت‌شده و مربیان باتجربه همراه با افزایش تعداد دانشجویان، چالش‌های اضافی برای آموزش دانشجویان پرستاری ایجاد می‌کند. به همین دلیل، روزلی و همکاران (۲۰۲۱) بر اهمیت بررسی مدل‌های مختلف مربیگری برای دانشجویان کارشناسی پرستاری تأکید می‌کنند. در این راستا، یادگیری هم‌تا به عنوان یک رویکرد نوآورانه مطرح شده است که می‌تواند در مواجهه با این چالش‌ها مؤثر باشد.

استنبرگ و کارلسون (۲۰۱۵) در پژوهش خود دریافتند که یادگیری هم‌تا می‌تواند برای توسعه مهارت‌های رهبری دانشجویان پرستاری مفید باشد. به گفته آن‌ها، این مدل به دانشجویان احساس امنیت می‌دهد و میزان یادگیری را افزایش می‌دهد. همچنین، آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که برای اثربخشی بیشتر یادگیری هم‌تا، استفاده از فعالیت‌های یادگیری ساختاریافته (SLA) مفید است. این فعالیت‌ها دستورالعمل‌های نوشته شده‌ای هستند که دانشجویان را در چگونگی همکاری برای حل مسائل بالینی راهنمایی می‌کنند و با برنامه‌های درسی و اهداف یادگیری همسو هستند.

¹² Bos

¹³ Flott & Linden

استنبرگ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه دیگری تجربیات مربیان از استفاده از فعالیت‌های ساختاریافته به عنوان بخشی از مدل یادگیری همتا را بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که این فعالیت‌ها می‌توانند به بازاندیشی، تحریک و توسعه تفکر انتقادی دانشجویان کمک کنند. همچنین، نیگرن و کارلسون (۲۰۱۷) در مطالعه پدیدارشناسی خود در مورد برداشت‌های مربیان از مدل یادگیری همتا، دریافتند که مربیان در این مدل نقشی جدید و منفعل‌تر می‌گیرند و در پس‌زمینه می‌مانند، اما برای پشتیبانی از دانشجویان حضور دارند (۱۰). اگرچه کار با یادگیری همتا رشد حرفه‌ای و شخصی مربیان را تسریع می‌کند، مربیان همچنان به دنبال آموزش و افزایش دانش خود در زمینه یادگیری همتا هستند.

مارکوفسکی^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۱) در یک مرور سیستماتیک و سنتز کیفی ادبیات مربوط به مدل‌های یادگیری همتا و کارآموزی مشارکتی در مراقبت‌های بهداشتی، دریافتند که این مدل‌ها می‌توانند مزایای متعددی برای دانشجویان داشته باشند، از جمله افزایش اعتماد به نفس، بهبود مهارت‌های ارتباطی و افزایش یادگیری. با این حال، آن‌ها همچنین چالش‌هایی را شناسایی کردند، از جمله رقابت میان دانشجویان و احساس ناکافی بودن و استرس در میان مربیان.

چالش‌های محیط فیزیکی در آموزش پرستاری، به ویژه در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه، توسط سند-جکلین^{۱۵} (۲۰۰۹) و لوین^{۱۶} (۲۰۰۷) مورد بررسی قرار گرفته است. آن‌ها بر اهمیت فضای فیزیکی مناسب برای یادگیری، دسترسی به منابع و تجهیزات، و محیط حمایتی تأکید می‌کنند. در محیط مراقبت بهداشتی اولیه، محدودیت‌هایی مانند فضای محدود اتاق‌های معاینه، مشکلات مشاوره تلفنی و دسترسی محدود به سیستم‌های کامپیوتری می‌تواند چالش‌برانگیز باشد.

مشاوره تلفنی، به عنوان یکی از وظایف مهم در مراقبت بهداشتی اولیه، چالش‌های خاص خود را برای آموزش دانشجویان دارد. علی^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۵) و ریرسون^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۵) بر اهمیت آموزش مهارت‌های تله‌نرسینگ^{۱۹} در برنامه‌های درسی پرستاری تأکید می‌کنند. پورک-استفنسون و تراشر^{۲۰} (۲۰۱۰) در یک متا-اتنوگرافی^{۲۱}، تجربیات پرستاران از تریاژ تلفنی و مشاوره را بررسی کردند و دریافتند که این وظیفه نیازمند مهارت‌های خاصی است که باید در آموزش پرستاری مورد توجه قرار گیرد.

نقش مربیان در مدل یادگیری همتا توسط کارلسون^{۲۲} و همکاران (۲۰۱۰) و برامر^{۲۳} (۲۰۰۸) مورد بررسی قرار گرفته است. آن‌ها نشان دادند که مربیان در این مدل، نقش نظارتی و حمایتی دارند و باید دانشجویان را در یادگیری خودمحور و مستقل پشتیبانی کنند. استاکهاوس^{۲۴} (۲۰۰۵) و سولوول و هگن^{۲۵} (۲۰۱۰) نیز بر اهمیت بازاندیشی و یادگیری مبتنی بر تجربه در آموزش پرستاری تأکید کرده‌اند. پالسون^{۲۶} و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه شبه‌تجربی، یک مداخله یادگیری همتا برای دانشجویان پرستاری در آموزش بالینی را بررسی کردند و نتایج مثبتی را گزارش کردند. هلستروم-هایسون^{۲۷} و همکاران (۲۰۱۲) تجربیات دانشجویان پرستاری از دو مدل نظارت (مربیگری سنتی و یادگیری همتا) را مقایسه کردند و دریافتند که

¹⁴ Markowski¹⁵ Sand-Jecklin¹⁶ Lewin¹⁷ Ali¹⁸ Reiersen¹⁹ Telenursing Skills²⁰ Purc-Stephenson & Thrasher²¹ Meta-Ethnography²² Carlson²³ Brammer²⁴ Stockhouse²⁵ Solvoll & Heggen²⁶ Pålsson²⁷ Hellström-Hyson

یادگیری همتا می‌تواند به افزایش مسئولیت‌پذیری و استقلال دانشجویان کمک کند. هولست و هوربرگ^{۲۸} (۲۰۱۵) در یک مطالعه پدیدارشناسی، یادگیری دانشجویان در عمل بالینی تحت نظارت در جفت‌های دانشجویی را بررسی کردند و دریافتند که این روش می‌تواند به افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های بالینی دانشجویان کمک کند. با این حال، آن‌ها همچنین بر اهمیت آمادگی مناسب هم برای دانشجویان و هم برای مربیان تأکید کردند.

به طور کلی، ادبیات موجود نشان می‌دهد که یادگیری همتا می‌تواند یک مدل آموزشی مؤثر در آموزش پرستاری باشد، اما اجرای موفق آن نیازمند آمادگی مناسب، حمایت سازمانی، و توجه به چالش‌های محیط یادگیری است. با توجه به محدودیت‌های مطالعات قبلی در بررسی تجارب مربیان از یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه، این مطالعه با هدف کاوش تجارب زیسته مربیان پرستاری از فرایند یادگیری همتا در این محیط‌ها انجام شده است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی تفسیری^{۲۹} انجام شد. این رویکرد به منظور درک عمیق و غنی از تجارب زیسته مربیان پرستاری در خصوص فرآیند یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه انتخاب گردید. پدیدارشناسی تفسیری با تکیه بر فلسفه هایدگر و گادامر، بر این اصل استوار است که دستیابی به فهم عمیق پدیده‌ها از طریق تفسیر تجارب زیسته افراد امکان‌پذیر می‌شود (اسمیت و اوزبورن^{۳۰}، ۲۰۱۵). از آنجایی که هدف اصلی این پژوهش، کاوش عمیق در تجارب زیسته مربیان پرستاری از فرآیند یادگیری همتا بود، این روش به عنوان مناسب‌ترین رویکرد برای پاسخگویی به پرسش‌های پژوهش انتخاب گردید.

مشارکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل تمامی مربیان پرستاری شاغل در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران‌شهر بود. محیط پژوهش شامل ۵ مرکز جامع سلامت، ۳ پایگاه سلامت و ۲ خانه بهداشت در مناطق شهری و روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران‌شهر بود که در این مراکز، دانشجویان پرستاری دوره‌های کارآموزی بهداشت جامعه و مراقبت‌های اولیه را می‌گذراندند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع^{۳۱} بود که امکان دستیابی به طیف متنوعی از تجارب مربیان پرستاری با سابقه کاری، سن و تجربیات مختلف را فراهم ساخت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد پرستاری؛ (۲) تجربه حداقل دو سال آموزش بالینی در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه؛ (۳) تجربه استفاده از روش یادگیری همتا در آموزش دانشجویان؛ و (۴) تمایل به شرکت در پژوهش بود.

در مجموع ۷ مربی پرستاری در این پژوهش مشارکت داشتند که این تعداد بر اساس اصل اشباع داده‌ها^{۳۲} تعیین گردید. اشباع داده‌ها زمانی حاصل شد که در مصاحبه‌های ششم و هفتم، داده‌های جدیدی به دست نیامد و کدهای استخراج شده تکراری بودند. مشارکت‌کنندگان در محدوده سنی ۳۲ تا ۶۰ سال قرار داشتند (میانگین سنی ۴۴۳ سال) و همگی زن بودند. میانگین سابقه کار بالینی این مربیان ۳۱۲ سال و میانگین سابقه آموزش بالینی آن‌ها ۷۸ سال بود. از نظر تحصیلات، ۵ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲ نفر دارای مدرک دکتری پرستاری بودند. حوزه‌های تخصصی مشارکت‌کنندگان شامل پرستاری

²⁸ Holst & Hörberg

²⁹ IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

³⁰ Smith & Osborne,

³¹ Maximum Variation Sampling

³² Data Saturation

سلامت جامعه (۳ نفر)، پرستاری بهداشت مادر و کودک (۲ نفر)، پرستاری سالمندی (۱ نفر) و پرستاری داخلی-جراحی (۱ نفر) بود.

داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق در بازه زمانی اردیبهشت ۱۴۰۲ تا مهر ۱۴۰۳ جمع‌آوری گردید. قبل از انجام مصاحبه‌های اصلی، دو مصاحبه آزمایشی انجام شد تا کیفیت سؤالات مصاحبه و فرآیند جمع‌آوری داده‌ها ارزیابی گردد. راهنمای مصاحبه با بهره‌گیری از مبانی نظری و با نظر متخصصان کیفی پژوهی تدوین شد. هر مصاحبه با سؤالات کلی و باز آغاز شد، مانند: "لطفاً تجربه خود را از اجرای روش یادگیری هم‌تا در محیط مراقبت بهداشتی اولیه توصیف کنید" و "چه چالش‌ها و فرصت‌هایی را در استفاده از این روش آموزشی تجربه کردید؟". در ادامه، بر اساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالات کاوشی عمیق‌تر^{۳۳} مطرح می‌شد تا جزئیات بیشتری از تجارب آن‌ها آشکار گردد. مصاحبه‌ها در مکانی خصوصی و آرام به انتخاب مشارکت‌کنندگان (اغلب در دفتر کار یا اتاق کنفرانس مراکز بهداشتی) انجام شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه (با میانگین ۶۰ دقیقه) متغیر بود. تمامی مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ثبت و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی گردید. علاوه بر مصاحبه، یادداشت‌های میدانی^{۳۴} نیز توسط پژوهشگر ثبت شد که شامل مشاهدات غیرکلامی و بافت محیطی بود که به غنای داده‌ها کمک می‌کرد. در صورت نیاز به شفاف‌سازی یا تکمیل اطلاعات، مصاحبه‌های تکمیلی کوتاه (به صورت حضوری یا تلفنی) نیز انجام شد. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها و با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی^{۳۵} مطابق با رویکرد گرانهم و لاندمن^{۳۶}، ۲۰۰۴ انجام شد. این فرآیند شامل مراحل زیر بود:

- ۱- آشنایی با داده‌ها: متن پیاده‌شده مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا پژوهشگران درک کلی از محتوای آن‌ها به دست آورند.
- ۲- استخراج واحدهای معنایی: عبارات و جملاتی که مرتبط با تجارب مربیان از فرآیند یادگیری هم‌تا بودند، استخراج گردید.
- ۳- خلاصه‌سازی و کدگذاری باز: واحدهای معنایی خلاصه شده و به هر یک کد توصیفی اختصاص داده شد. در مجموع ۲۱۸ کد اولیه استخراج گردید.
- ۴- دسته‌بندی کدها: کدهای مشابه در زیردرون‌مایه‌ها گروه‌بندی شدند.
- ۵- تشکیل درون‌مایه‌های اصلی: زیردرون‌مایه‌های مرتبط در قالب درون‌مایه‌های اصلی طبقه‌بندی شدند.
- ۶- بازنگری و پالایش درون‌مایه‌ها: درون‌مایه‌های استخراج شده چندین بار بازبینی شد تا از انسجام درونی و تمایز بیرونی آن‌ها اطمینان حاصل گردد.

در طول فرآیند تحلیل، از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ برای سازماندهی و مدیریت داده‌ها استفاده شد. برای اطمینان از صحت تحلیل، این فرآیند توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام شد. همچنین، برای افزایش اعتبار یافته‌ها، نتایج تحلیل با برخی از مشارکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته شد^{۳۷} تا صحت برداشت‌ها را تأیید کنند. برای اطمینان از استحکام^{۳۸} و

³³ Probing Questions

³⁴ Field Notes

³⁵ Inductive Content Analysis

³⁶ Graneheim & Lundman

³⁷ Member Check

³⁸ Rigor

روایی^{۳۹} یافته‌های پژوهش، از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا^{۴۰} (۱۹۸۵) شامل اعتبارپذیری^{۴۱}، انتقال‌پذیری^{۴۲}، اطمینان‌پذیری^{۴۳} و تأییدپذیری^{۴۴} استفاده شد.

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی ملی و بین‌المللی انجام شد. تمامی مشارکت‌کنندگان پس از دریافت اطلاعات کامل در مورد اهداف و روش‌های پژوهش، رضایت خود را اعلام نمودند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر زمان می‌توانند بدون هیچ پیامد منفی از مطالعه خارج شوند. برای حفظ محرمانگی، از نام‌های مستعار برای شناسایی مشارکت‌کنندگان استفاده شد و تمامی اطلاعات شخصی از داده‌های پیاده‌شده حذف گردید. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مد نظر قرار گیرد. نخست، تمامی مشارکت‌کنندگان زن بودند که می‌تواند به دلیل غالب بودن زنان در حرفه پرستاری در ایران باشد، اما ممکن است دیدگاه مربیان مرد را منعکس نکند. دوم، تمرکز پژوهش بر مراکز بهداشتی درمانی وابسته به یک دانشگاه (علوم پزشکی ایران‌شهر) بود که می‌تواند قابلیت تعمیم یافته‌ها را به سایر مناطق جغرافیایی با بافت‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت محدود کند. سوم، این پژوهش تنها به تجارب مربیان پرداخته و دیدگاه دانشجویان و مدیران آموزشی را در بر نمی‌گیرد که می‌تواند تصویر جامع‌تری از پدیده مورد مطالعه ارائه دهد.

یافته‌های پژوهش

جدول ذیل حاوی اطلاعات مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان، فرآیند تحلیل داده‌ها، درون‌مایه‌های اصلی و زیردرون‌مایه‌های استخراج شده، واکنش‌های مربیان، چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی، پیامدهای مشاهده شده، ارزیابی تأثیر یادگیری هم‌تا بر صلاحیت‌های پرستاری، ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نگرش مربیان، و در نهایت پیشنهادات برای بهبود اثربخشی یادگیری هم‌تا می‌باشند. این یافته‌ها حاصل مصاحبه‌های عمیق با هفت مربی پرستاری با تجربه کار در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه است که پس از تحلیل محتوای کیفی، الگوها و درون‌مایه‌های مشترک از تجارب آن‌ها استخراج شده است. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بیانگر تنوع در سن، تحصیلات، سابقه کار بالینی و آموزشی مربیان پرستاری است. این تنوع ویژگی‌ها، امکان دستیابی به طیف گسترده‌تری از تجارب را فراهم ساخته است (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌ها و مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

کد مشارکت‌کننده	سن (سال)	مدرک تحصیلی	حوزه تخصصی	سابقه کار بالینی (سال)	سابقه آموزش بالینی (سال)
P1	۳۲	کارشناسی ارشد	پرستاری سلامت جامعه	۷	۴

³⁹ Trustworthiness

⁴⁰ Lincoln & Guba

⁴¹ Credibility

⁴² Transferability

⁴³ Dependability

⁴⁴ Confirmability

۹	۱۵	پرستاری بهداشت مادر و کودک	کارشناسی ارشد	۴۵	P2
۶	۱۰	پرستاری سلامت جامعه	کارشناسی ارشد	۳۸	P3
۱۸	۲۵	پرستاری سالمندی	دکتری	۵۵	P4
۷	۱۲	پرستاری داخلی- جراحی	کارشناسی ارشد	۴۱	P5
۱۱	۱۴	پرستاری سلامت جامعه	دکتری	۴۷	P6
۶	۸	پرستاری بهداشت مادر و کودک	کارشناسی ارشد	۴۰	P7
۸۰۷	۱۲،۳	-	-	۴۲،۴	میانگین
۱۸-۴	۲۵-۷	-	-	۶۰-۳۲	محدوده

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مشارکت‌کنندگان در محدوده سنی ۳۲ تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۴۰٫۴۲ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۵ نفر (۴۰٫۷۱٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۶٫۲۸٪) دارای مدرک دکتری پرستاری بودند. تنوع در حوزه‌های تخصصی با غلبه پرستاری سلامت جامعه (۹۰٫۴۲٪) مشهود است که با توجه به ماهیت محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه، قابل توجیه می‌باشد. میانگین سابقه کار بالینی مشارکت‌کنندگان ۳٫۱۲ سال (محدوده ۷-۲۵ سال) و میانگین سابقه آموزش بالینی آن‌ها ۷٫۸ سال (محدوده ۴-۱۸ سال) بود که نشان‌دهنده تجربه قابل توجه آن‌ها در زمینه‌های بالینی و آموزشی است.

فرآیند تحلیل داده‌ها و استخراج درون‌مایه‌ها

جدول زیر نمونه‌ای از فرآیند تحلیل داده‌ها را نشان می‌دهد که چگونه از واحدهای معنایی به کدهای اولیه و سپس زیردرون-مایه‌ها و درون‌مایه‌های اصلی دست یافته‌ایم. این جدول به منظور شفاف‌سازی روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی مورد استفاده در این پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: فرآیند تحلیل داده‌ها و استخراج درون‌مایه‌ها

واحد معنایی	کد اولیه	زیردرون-مایه	درون‌مایه اصلی
"اتاق‌های مشاوره کافی نیست و گاهی مجبوریم دانشجویان را در یک	محدودیت فضای فیزیکی	محیط فیزیکی	محیط یادگیری

			اتاق کوچک جا بدهیم که مانع تمرکز می‌شود."
محیط یادگیری	ملاقات‌های کوتاه با بیماران با نیازهای مراقبتی متنوع	مواجهه با طیف متنوعی از نیازهای مراقبتی در زمان محدود	"بیماران معمولاً برای مشکلات متنوع و گاه پیچیده مراجعه می‌کنند و زمان ویزیت محدود است، دانشجویان باید یاد بگیرند چطور سریع تصمیم‌گیری کنند."
محیط یادگیری	مشاوره تلفنی	چالش ارزیابی و مشاوره بدون معاینه فیزیکی	"بخش زیادی از کار ما مشاوره تلفنی است که برای دانشجویان چالش برانگیز است چون باید بدون دیدن بیمار تصمیم بگیرند."
فرآیند یادگیری	ارتباط باز با گفتگوی مستمر	تسهیل گفتگوی آزاد بین دانشجویان	"وقتی دانشجویان با هم کار می‌کنند، یک فضای گفتگوی باز ایجاد می‌شود و راحت‌تر سؤالاتشان را مطرح می‌کنند، چیزی که شاید با من به عنوان مربی راحت نباشد."
فرآیند یادگیری	بازاندیشی و حل مسائل به طور مستقل	تشویق تفکر مستقل و حل مسئله	"من متوجه شدم دانشجویان وقتی از هم یاد می‌گیرند، بیشتر فکر می‌کنند و سعی می‌کنند خودشان راه حل پیدا کنند، نه اینکه منتظر من باشند."
فرآیند یادگیری	یادگیری مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا	تقویت مهارت‌های مقابله با استرس	"یکی از چیزهایی که در این محیط یاد می‌گیرند مدیریت استرس است، چون وقتی با هم هستند، به همدیگر اعتماد به نفس می‌دهند."
پیش‌نیازهای یادگیری	صلاحیت مربیان	ضرورت دانش به‌روز و عمیق مربی	"مربی باید دانش عمیق و به‌روز داشته باشد، خصوصاً در مورد پروتکل‌های بهداشتی که مدام تغییر می‌کنند."
پیش‌نیازهای یادگیری	زمان برای مربیگری	محدودیت زمانی برای نظارت کافی	"مشکل اصلی ما کمبود وقت است. گاهی تعداد دانشجویان زیاد است و نمی‌توانم آنطور که باید به تک تک

گروه‌ها سر بزنم."			
"اگر مدیران مرکز همکاری نکنند و اهمیت آموزش را درک نکنند، خیلی سخت می‌شود. ما نیاز به حمایت آن‌ها داریم."	ضرورت همکاری و درک مدیران از فرآیند آموزش	حمایت مدیریتی	پیش‌نیازهای یادگیری

جدول ۲ نشان می‌دهد چگونه از نقل قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان (واحد‌های معنایی)، کدهای اولیه استخراج شده و سپس این کدها در زیردرون‌مایه‌ها و درون‌مایه‌های اصلی گروه‌بندی شده‌اند. این فرآیند تحلیل منجر به شناسایی سه درون‌مایه اصلی شده است: محیط یادگیری، فرآیند یادگیری، و پیش‌نیازهای یادگیری. هر یک از این درون‌مایه‌های اصلی دارای زیردرون‌مایه‌های مرتبط هستند که در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳: درون‌مایه‌های اصلی و زیردرون‌مایه‌های استخراج شده از تجارب مربیان پرستاری

درصد کدهای اولیه	فراوانی کدهای اولیه	زیردرون‌مایه‌ها	درون‌مایه‌های اصلی
۱۴/۷٪	۳۲	محیط فیزیکی	۱- محیط یادگیری
۱۲/۴٪	۲۷	ملاقات‌های کوتاه با بیماران با نیازهای مراقبتی متنوع	
۹/۶٪	۲۱	مشاوره تلفنی	
۱۶/۱٪	۳۵	ارتباط باز با گفتگوی مستمر	۲- فرآیند یادگیری
۱۳/۳٪	۲۹	بازاندیشی و حل مسائل به طور مستقل	
۰/۱۱٪	۲۴	یادگیری مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا	
۱۰/۱٪	۲۲	صلاحیت مربیان	۳- پیش‌نیازهای یادگیری
۸/۳٪	۱۸	زمان برای مربیگری	
۴/۶٪	۱۰	حمایت مدیریتی	
۱۰۰٪	۲۱۸		مجموع

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سه مضمون اصلی "محیط یادگیری"، "فرآیند یادگیری" و "پیش‌نیازهای یادگیری" از تحلیل داده‌ها استخراج شده‌اند. مضمون "فرآیند یادگیری" با ۴۰٪ از کل کدهای اولیه، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است که نشان‌دهنده اهمیت این بُعد در تجارب مربیان می‌باشد. در میان زیرمضامین، "ارتباط باز با گفتگوی مستمر" با ۱۶٪ از کل کدهای اولیه، بیشترین فراوانی را داشته که بیانگر نقش کلیدی ارتباطات در فرآیند یادگیری همتا است. زیرمضمون "حمایت مدیریتی" با ۶٪ کمترین فراوانی را داشته است، اما این به معنای اهمیت کمتر آن نیست، بلکه می‌تواند نشان‌دهنده ماهیت زمینه‌ای این عامل باشد.

جدول ۴: توزیع فراوانی واکنش‌های مربیان نسبت به مدل یادگیری همتا

واکنش‌های مربیان	فراوانی (n=7)	درصد
نگرش کاملاً مثبت نسبت به مدل یادگیری همتا	۵	۷۱/۴٪
نگرش نسبتاً مثبت همراه با برخی نگرانی‌ها	۲	۲۸/۶٪
نگرش خنثی	۰	۰٪
نگرش منفی	۰	۰٪
مجموع	۷	۱۰۰٪

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، اکثریت مربیان (۷۱٪) نگرش کاملاً مثبتی نسبت به کاربرد مدل یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه داشتند. تنها ۲۸٪ از مربیان نگرش نسبتاً مثبت همراه با برخی نگرانی‌ها را گزارش کردند که عمدتاً مربوط به محدودیت‌های محیط فیزیکی و تفاوت‌های فردی دانشجویان بود. هیچ یک از مربیان نگرش خنثی یا منفی نسبت به این مدل آموزشی نداشتند. این یافته‌ها نشان‌دهنده پذیرش بالای مدل یادگیری همتا توسط مربیان پرستاری در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه است.

جدول ۵: چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی در اجرای مدل یادگیری همتا

حوزه چالش	چالش‌های شناسایی شده	فراوانی ذکر (n=7)	راهکارهای پیشنهادی مربیان
۱- محیط فیزیکی	محدودیت فضای فیزیکی و کمبود اتاق مشاوره	۷ (۱۰۰٪)	برنامه‌ریزی زمانی دقیق برای استفاده نوبتی از فضاها
	نامناسب بودن چیدمان فضا برای یادگیری گروهی	۵ (۷۱/۴٪)	طراحی مجدد فضا با تمرکز بر یادگیری گروهی

محدودیت منابع و تجهیزات آموزشی	۴ (۵۷/۱٪)	تهیه جعبه ابزار آموزشی قابل حمل
۲- زمانی	زمان محدود برای نظارت بر تمام گروه‌های دانشجویی	طراحی چک‌لیست‌های خودارزیابی برای دانشجویان
	تداخل وظایف درمانی مرکز با آموزش	هماهنگی قبلی با مدیریت مرکز
	کمبود وقت برای بازخورد جامع به دانشجویان	استفاده از جلسات بازاندیشی گروهی در پایان روز
۳- آموزشی	تفاوت در سطح دانش و مهارت دانشجویان	گروه‌بندی هوشمندانه دانشجویان (ترکیب سطوح مختلف)
	وابستگی دانشجویان به هم‌تایان فعال‌تر	-تعیین نقش‌های مشخص و چرخشی برای هر دانشجو
	نگرانی از صحت اطلاعات رد و بدل شده بین هم‌تایان	برگزاری جلسات پیش‌کارآموزی برای مرور دانش پایه
۴- ارتباطی	چالش در ارتباط با بیماران از فرهنگ‌های متفاوت	آموزش صلاحیت فرهنگی به دانشجویان قبل از کارآموزی
	اختلاف نظر و تعارض بین دانشجویان	آموزش مهارت‌های حل تعارض و گفتگوی سازنده
	ارتباط نامناسب بین هم‌تایان	تدوین قوانین گروهی با مشارکت دانشجویان
۵- مدیریتی	عدم درک مدیران از اهمیت آموزش بالینی	برگزاری جلسات توجیهی برای مدیران مراکز
	کمبود حمایت سازمانی	جلب حمایت مدیران ارشد دانشکده و دانشگاه

دستورالعمل تدوین اجرای استاندارد	۲ (۲۸/۶٪)	نبود پروتکل مشخص برای اجرای یادگیری همتا	
--	-----------	--	--

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، چالش‌های مربوط به محیط فیزیکی، به‌ویژه "محدودیت فضای فیزیکی و کمبود اتاق مشاوره" توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) ذکر شده است که نشان‌دهنده فراگیر بودن این مشکل در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه است. در حوزه زمانی، "زمان محدود برای نظارت بر تمام گروه‌های دانشجویی" با فراوانی ۷۸/۵٪ دومین چالش مهم شناسایی شده است. مربیان برای هر چالش، راهکارهای عملی پیشنهاد داده‌اند که می‌تواند در بهبود اجرای مدل یادگیری همتا مؤثر باشد. این راهکارها نشان‌دهنده خلاقیت و انعطاف‌پذیری مربیان در مواجهه با محدودیت‌های موجود است. برخی از این راهکارها مانند "طراحی چک‌لیست‌های خودارزیابی برای دانشجویان" و "گروه‌بندی هوشمندانه دانشجویان" می‌تواند با حداقل منابع اضافی اجرا شود، در حالی که برخی دیگر مانند "طراحی مجدد فضا" نیازمند سرمایه‌گذاری و تغییرات ساختاری است.

جدول ۶: پیامدهای مشاهده شده یادگیری همتا از دیدگاه مربیان

حوزه پیامد	پیامدهای مشاهده شده	فراوانی مشاهده (n=7)	شدت تأثیر مشاهده شده
۱- مهارت‌های بالینی	افزایش مهارت‌های ارزیابی بالینی	۷ (۱۰۰٪)	+++
	بهبود توانایی مدیریت مراقبت	۶ (۸۵/۷٪)	+++
	ارتقای مهارت‌های مستندسازی	۵ (۷۱/۴٪)	++
	تقویت مهارت‌های آموزش به بیمار	۴ (۵۷/۱٪)	++
۲- مهارت‌های شناختی	افزایش توانایی تفکر انتقادی	۷ (۱۰۰٪)	+++
	تقویت مهارت حل مسئله	۶ (۸۵/۷٪)	+++
	بهبود تصمیم‌گیری بالینی	۶ (۸۵/۷٪)	+++
	تقویت استدلال بالینی	۵ (۷۱/۴٪)	++
۳- مهارت‌های ارتباطی	بهبود مهارت‌های ارتباط با بیمار	۷ (۱۰۰٪)	+++
	افزایش توانایی کار تیمی	۷ (۱۰۰٪)	+++
	تقویت مهارت‌های بازخورد سازنده	۵ (۷۱/۴٪)	++
	بهبود مهارت‌های مشاوره	۴ (۵۷/۱٪)	++

۴- رشد حرفه‌ای	افزایش اعتماد به نفس حرفه‌ای	۷ (۱۰۰٪)	+++
	توسعه هویت حرفه‌ای	۶ (۸۵/۷٪)	++
	تقویت استقلال حرفه‌ای	۶ (۸۵/۷٪)	+++
	افزایش تعهد حرفه‌ای	۴ (۵۷/۱٪)	+
مهارت‌های عاطفی-روانی	افزایش توانایی مدیریت استرس	۷ (۱۰۰٪)	+++
	تقویت انعطاف‌پذیری	۶ (۸۵/۷٪)	++
	بهبود خودآگاهی	۵ (۷۱/۴٪)	++
	افزایش خودکارآمدی	۵ (۷۱/۴٪)	++

جدول ۶ نشان می‌دهد که از دیدگاه مربیان، یادگیری هم‌تا پیامدهای مثبت متعددی در حوزه‌های مختلف برای دانشجویان پرستاری داشته است. در حوزه مهارت‌های بالینی، "افزایش مهارت‌های ارزیابی بالینی" توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) با شدت تأثیر زیاد گزارش شده است. در حوزه مهارت‌های شناختی، "افزایش توانایی تفکر انتقادی" نیز توسط همه مربیان (۱۰۰٪) با شدت تأثیر زیاد مشاهده شده است. در حوزه مهارت‌های ارتباطی، هم "بهبود مهارت‌های ارتباط با بیمار" و هم "افزایش توانایی کار تیمی" توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) با شدت تأثیر زیاد گزارش شده که نشان‌دهنده اهمیت یادگیری هم‌تا در توسعه این مهارت‌های کلیدی است. در حوزه رشد حرفه‌ای، "افزایش اعتماد به نفس حرفه‌ای" و در حوزه مهارت‌های عاطفی-روانی، "افزایش توانایی مدیریت استرس" نیز توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) با شدت تأثیر زیاد مشاهده شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که یادگیری هم‌تا تأثیر مثبت و چندبعدی بر توسعه حرفه‌ای دانشجویان پرستاری داشته و فقط به مهارت‌های بالینی و تکنیکی محدود نمی‌شود، بلکه مهارت‌های شناختی، ارتباطی، عاطفی-روانی و رشد حرفه‌ای را نیز به طور قابل ملاحظه‌ای ارتقا می‌دهد. به خصوص تأثیر این روش بر افزایش اعتماد به نفس حرفه‌ای و توانایی مدیریت استرس، که هر دو از چالش‌های اصلی دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی هستند، قابل توجه است.

جدول ۷: ارزیابی مربیان از میزان تأثیر یادگیری هم‌تا بر صلاحیت‌های پرستاری دانشجویان

صلاحیت‌های پرستاری	میانگین نمره (۵-۱)	انحراف معیار	محدوده
صلاحیت‌های مراقبتی			
ارزیابی جامع بیمار	۴/۴۳	۰/۵۳	۵-۴
برنامه‌ریزی مراقبت	۴/۱۴	۰/۶۹	۵-۳
اجرای مداخلات پرستاری	۳/۸۶	۰/۹۰	۵-۳

۵-۳	۰/۷۶	۳/۷۱	ارزشیابی نتایج مراقبت
			صلاحیت‌های آموزشی
۵-۴	۰/۵۳	۴/۵۷	آموزش به بیمار/خانواده
۵-۴	۰/۴۹	۴/۲۹	ارزیابی نیازهای آموزشی
۵-۳	۰/۷۶	۳/۷۱	طراحی برنامه آموزشی
۵-۳	۰/۷۹	۳/۵۷	ارزشیابی اثربخشی آموزش
			صلاحیت‌های مدیریتی
۵-۴	۰/۴۹	۴/۷۱	مدیریت زمان
۵-۴	۰/۵۳	۴/۴۳	اولویت‌بندی مراقبت‌ها
۵-۳	۰/۷۶	۴/۲۹	هماهنگی با سایر اعضای تیم
۵-۳	۰/۶۹	۳/۸۶	مدیریت منابع
			صلاحیت‌های پژوهشی
۵-۳	۰/۹۰	۳/۸۶	استفاده از شواهد در عملکرد
۵-۳	۰/۶۹	۴/۱۴	تفکر انتقادی در بررسی منابع
۴-۲	۰/۷۹	۳/۴۳	شناسایی مشکلات پژوهشی
۴-۲	۰/۷۶	۳/۲۹	مهارت‌های پژوهشی پایه
			صلاحیت‌های اخلاقی و حرفه‌ای
۵-۴	۰/۵۳	۴/۵۷	رعایت اصول اخلاقی
۵-۴	۰/۴۰	۴/۷۱	احترام به حقوق مددجو
۵-۳	۰/۷۶	۴/۲۹	مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای
۵-۳	۰/۶۹	۴/۱۴	پایبندی به قوانین و مقررات
۵-۲	۹/۶۷	۴/۱۰	میانگین کل

نتایج ارائه شده در جدول ۷ نشان می‌دهد که از دیدگاه مربیان، یادگیری هم‌تا تأثیر قابل توجهی بر توسعه صلاحیت‌های مختلف پرستاری دانشجویان داشته است (میانگین کل ۱۰.۴ از ۵). بیشترین تأثیر در حوزه‌های "مدیریت زمان" و "احترام به حقوق مددجو" (هر دو با میانگین ۷۱.۴) مشاهده شده است. در حوزه صلاحیت‌های مراقبتی، "ارزیابی جامع بیمار" با میانگین ۴۳.۴ بیشترین تأثیرپذیری را داشته است. در بین صلاحیت‌های آموزشی، "آموزش به بیمار/خانواده" با میانگین ۵۷.۴ بالاترین نمره را کسب کرده است. کمترین تأثیر در حوزه صلاحیت‌های پژوهشی به خصوص "مهارت‌های پژوهشی پایه" با میانگین ۲۹.۳ مشاهده شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که یادگیری هم‌تا بیشترین تأثیر را بر صلاحیت‌های اخلاقی و حرفه‌ای و صلاحیت‌های مدیریتی داشته و کمترین تأثیر را بر صلاحیت‌های پژوهشی داشته است.

جدول ۸: ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربیان و نگرش آن‌ها نسبت به یادگیری هم‌تا

متغیر	تعداد (n=7)	نگرش کاملاً مثبت (n=5)	نگرش نسبتاً مثبت (n=2)	نسبت شانس (OR)	مقدار p
گروه سنی					
زیر ۴۰ سال	۳	۳ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۱/۴	۰/۲۶۴
۴۰ سال و بالاتر	۴	۲ (۵۰٪)	۲ (۵۰٪)		
سطح تحصیلات					
کارشناسی ارشد	۵	۴ (۸۰٪)	۱ (۲۰٪)	۲/۰	۰/۳۴۳
دکتری	۲	۱ (۵۰٪)	۱ (۵۰٪)		
سابقه کار بالینی					
کمتر از ۱۰ سال	۲	۲ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۱/۳	۰/۲۹۲
۱۰ سال و بیشتر	۵	۳ (۶۰٪)	۲ (۴۰٪)		
سابقه آموزش بالینی					
کمتر از ۸ سال	۳	۳ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۱/۴	۰/۲۶۴
۸ سال و بیشتر	۴	۲ (۵۰٪)	۲ (۵۰٪)		
حوزه تخصصی					
پرستاری سلامت جامعه	۳	۳ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۱/۴	۰/۲۶۴
سایر حوزه‌ها	۴	۲ (۵۰٪)	۲ (۵۰٪)		

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، تحلیل ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربیان و نگرش آن‌ها نسبت به یادگیری هم‌تا نشان می‌دهد که هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، سطح تحصیلات، سابقه کار بالینی، سابقه آموزش بالینی و حوزه تخصصی) ارتباط معنادار آماری با نگرش مربیان نسبت به یادگیری هم‌تا ندارند. این حال، الگوهایی قابل مشاهده است: مربیان جوان‌تر (زیر ۴۰ سال)، با سابقه کار بالینی کمتر از ۱۰ سال، سابقه آموزش بالینی کمتر از ۸ سال و متخصص در حوزه پرستاری سلامت جامعه، تمایل بیشتری به داشتن نگرش کاملاً مثبت نسبت به یادگیری هم‌تا دارند. همچنین، مربیان با مدرک کارشناسی ارشد نسبت به مربیان با مدرک دکتری، نگرش مثبت‌تری نسبت به این روش آموزشی نشان داده‌اند. عدم معنی‌داری آماری این ارتباطات می‌تواند به دلیل حجم کم نمونه باشد و نیاز به بررسی در مطالعات بزرگتر دارد. با این وجود، این یافته‌ها می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که مربیان با تجربه کمتر، انعطاف‌پذیری بیشتری در پذیرش روش‌های نوین آموزشی مانند یادگیری هم‌تا دارند.

جدول ۹: پیشنهادات مربیان برای بهبود اثربخشی یادگیری هم‌تا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه

اولویت	درصد	فراوانی ذکر (n=7)	پیشنهادهای
			مربوط به برنامه‌ریزی آموزشی
۱	۱۰۰٪	۷	تدوین راهنمای عملی استاندارد برای یادگیری هم‌تا
۲	۸۵/۷٪	۶	طراحی کارگاه‌های آموزشی برای مربیان جهت آشنایی با اصول یادگیری هم‌تا
۳	۷۱/۴٪	۵	تخصیص زمان کافی برای جلسات بازاندیشی گروهی
۴	۷۱/۴٪	۵	ایجاد فرصت‌های یادگیری ساختارمند متناسب با محیط مراقبت بهداشتی اولیه
۵	۵۷/۱٪	۴	تدوین اهداف یادگیری شفاف و قابل سنجش
			مربوط به محیط یادگیری
۱	۱۰۰٪	۷	بهبود و تخصیص فضای فیزیکی مناسب برای یادگیری گروهی
۲	۸۵/۷٪	۶	تأمین منابع و تجهیزات آموزشی مورد نیاز

جدول ۹ نشان می‌دهد که مربیان در هر پنج حوزه اصلی (برنامه‌ریزی آموزشی، محیط یادگیری، دانشجویان، ارزشیابی، و مدیریت و سیاست‌گذاری) پیشنهادات متعددی برای بهبود اثربخشی یادگیری هم‌تا ارائه داده‌اند. در حوزه برنامه‌ریزی آموزشی، "تدوین راهنمای عملی استاندارد برای یادگیری هم‌تا" توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) پیشنهاد شده است. در حوزه محیط

یادگیری، "بهبود و تخصیص فضای فیزیکی مناسب برای یادگیری گروهی" با فراوانی ۱۰۰٪ اولویت اول را به خود اختصاص داده است. این یافته با چالش‌های شناسایی شده در جدول ۵ همخوانی دارد که در آن نیز محدودیت فضای فیزیکی به عنوان چالش اصلی مطرح شده بود. در حوزه مربوط به دانشجویان، "آموزش مهارت‌های بازخورد سازنده به دانشجویان" با فراوانی ۱۰۰٪ اولویت اول را دارد که نشان‌دهنده اهمیت مهارت‌های ارتباطی در فرآیند یادگیری همتا است. در حوزه ارزشیابی، "طراحی ابزارهای ارزشیابی مناسب برای یادگیری همتا" با فراوانی ۷۸٫۸۵٪ اولویت اول را به خود اختصاص داده است. در نهایت، در حوزه مدیریت و سیاست‌گذاری، "جلب حمایت مدیران دانشکده و مراکز بهداشتی" توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) پیشنهاد شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که برای بهبود اثربخشی یادگیری همتا، نیاز به یک رویکرد جامع و چندبعدی است که تمام جنبه‌های آموزشی، محیطی، دانشجویی، ارزشیابی و مدیریتی را در بر گیرد.

این جداول به طور جامع و سیستماتیک، یافته‌های پژوهش را در قالب‌های قابل درک و تحلیل ارائه می‌دهند و می‌توانند به عنوان مبنایی برای تصمیم‌گیری‌های آموزشی و مدیریتی در زمینه کاربرد مدل یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه مورد استفاده قرار گیرند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی تجارب زیسته مربیان پرستاری از فرایند یادگیری همتا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که یادگیری همتا با سه درون‌مایه اصلی شامل محیط یادگیری، فرآیند یادگیری، و پیش‌نیازهای یادگیری در تجربه مربیان نمود یافته است. این یافته‌ها با مطالعه استنبرگ و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند محیط یادگیری نقش مهمی در موفقیت یادگیری همتا ایفا می‌کند، همسو است.

درک اهمیت محیط یادگیری از دیدگاه مربیان به عنوان یکی از درون‌مایه‌های اصلی با مطالعات قبلی همچون فلت و لیندن (۲۰۱۶) مطابقت دارد که محیط یادگیری بالینی را به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر تجربه یادگیری دانشجویان معرفی کرده‌اند. به طور خاص، یافته‌های ما نشان می‌دهد که محدودیت‌های فضای فیزیکی به عنوان چالش اصلی توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) گزارش شده است. این با مطالعه کارلسون و ایدوال (۲۰۱۴) که بر اهمیت محیط فیزیکی مناسب برای تجربه یادگیری بالینی تأکید داشته‌اند، همخوانی دارد.

ارتباط باز و گفتگوی مستمر به عنوان مهم‌ترین زیردرون‌مایه در فرآیند یادگیری با ۱۶٫۱٪ از کدهای اولیه شناسایی شد. این یافته با مطالعه نیگرن و کارلسون (۲۰۱۷) که نشان دادند مربیان ارتباط را عاملی کلیدی در یادگیری همتا می‌دانند، مطابقت دارد. همچنین، این یافته با دیدگاه بود و همکاران (۲۰۱۸) که بر اهمیت ارتباط و بازخورد در یادگیری تأکید داشته‌اند، همسو است.

نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که اکثریت مربیان (۷۱٫۴٪) نگرش کاملاً مثبتی نسبت به کاربرد مدل یادگیری همتا داشتند و هیچ مربی‌ای نگرش منفی گزارش نکرد. این یافته‌ها با مطالعه استنبرگ و همکاران (۲۰۲۰) که پذیرش بالای این مدل توسط مربیان را گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد. تفاوت دیده شده در نگرش مربیان جوان‌تر (زیر ۴۰ سال) و با تجربه کمتر که تمایل بیشتری به پذیرش کامل یادگیری همتا داشتند، می‌تواند نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بیشتر این گروه در پذیرش روش‌های نوین آموزشی باشد، هرچند این ارتباط از نظر آماری معنادار نبود.

یافته قابل توجه دیگر، گزارش تأثیر یادگیری همتا بر طیف وسیعی از مهارت‌های دانشجویان است. افزایش مهارت‌های ارزیابی بالینی، تفکر انتقادی، ارتباط با بیمار، کار تیمی، اعتماد به نفس حرفه‌ای و مدیریت استرس توسط تمامی مربیان (۱۰۰٪) با شدت تأثیر زیاد گزارش شده است. این یافته‌ها با مطالعه پالسون و همکاران (۲۰۱۷) که نشان دادند یادگیری همتا موجب

بهبود مهارت‌های بالینی و اعتماد به نفس دانشجویان می‌شود، همسو است. همچنین با مطالعه هلستروم- هایسون و همکاران (۲۰۱۲) که نشان دادند یادگیری هم‌تا به افزایش مسئولیت‌پذیری دانشجویان کمک می‌کند، مطابقت دارد.

در حوزه صلاحیت‌های پرستاری، بیشترین تأثیر یادگیری هم‌تا در حوزه‌های "مدیریت زمان" و "احترام به حقوق مددجو" (هر دو با میانگین ۴٫۷۱ از ۵) مشاهده شد. این یافته با مطالعه سولول و هگن (۲۰۱۰) که تأکید داشتند یادگیری هم‌تا به توسعه مهارت‌های حرفه‌ای و اخلاقی کمک می‌کند، همخوانی دارد. کمترین تأثیر در حوزه صلاحیت‌های پژوهشی به خصوص "مهارت‌های پژوهشی پایه" (میانگین ۳٫۲۹) مشاهده شد که نشان می‌دهد یادگیری هم‌تا در محیط‌های بالینی بیشتر بر مهارت‌های عملی متمرکز است تا مهارت‌های پژوهشی.

چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه، به ویژه محدودیت فضای فیزیکی و زمان محدود برای نظارت، با یافته‌های مطالعه برامر (۲۰۰۸) و کارلسون و همکاران (۲۰۱۰) که بر چالش‌های زمانی و فضایی برای مربیان در محیط‌های بالینی تأکید داشته‌اند، همخوانی دارد. راهکارهای پیشنهادی مربیان مانند "طراحی چک‌لیست‌های خودارزیابی" و "گروه‌بندی هوشمندانه دانشجویان" نشان‌دهنده رویکرد عملگرایانه آن‌ها در مواجهه با این چالش‌هاست.

در زمینه پیشنهادات برای بهبود اثربخشی یادگیری هم‌تا، تدوین راهنمای عملی استاندارد، بهبود فضای فیزیکی، آموزش مهارت‌های بازخورد سازنده به دانشجویان، طراحی ابزارهای ارزشیابی مناسب و جلب حمایت مدیران از اولویت‌های اصلی بودند. این یافته‌ها با مطالعه مارکوفسکی و همکاران (۲۰۲۱) که بر اهمیت ایجاد چارچوب‌های استاندارد و حمایت سازمانی برای موفقیت مدل‌های یادگیری هم‌تا تأکید داشته‌اند، مطابقت دارد.

جنبه جالب توجه دیگر در یافته‌های ما، توجه به نقش فناوری در یادگیری هم‌تا بود. این موضوع با توجه به مطالعات اخیر در زمینه پرستاری از راه دور مانند علی و همکاران (۲۰۱۵) و ریرسون و همکاران (۲۰۱۵) اهمیت دارد، به خصوص در شرایطی که محدودیت‌های فضای فیزیکی وجود دارد، استفاده از فناوری می‌تواند راهکاری برای غلبه بر این چالش باشد.

باید توجه داشت که این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشته است. تعداد کم مشارکت‌کنندگان (۷ نفر) امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. همچنین، تمرکز بر تجارب مربیان بدون در نظر گرفتن دیدگاه دانشجویان، تصویر کاملی از پدیده یادگیری هم‌تا ارائه نمی‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، دیدگاه دانشجویان نیز بررسی شود و مطالعات با حجم نمونه بزرگتر و در محیط‌های متنوع‌تر انجام شود.

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که یادگیری هم‌تا در محیط‌های مراقبت بهداشتی اولیه از دیدگاه مربیان، روشی موثر و با پذیرش بالا برای توسعه طیف وسیعی از مهارت‌ها و صلاحیت‌های دانشجویان پرستاری است. با این حال، موفقیت کامل این روش نیازمند توجه به چالش‌های موجود به ویژه محدودیت‌های فضای فیزیکی و زمانی، و اجرای راهکارهای پیشنهادی مربیان در سطوح مختلف از جمله برنامه‌ریزی آموزشی، بهبود محیط یادگیری، آماده‌سازی دانشجویان، ارزشیابی مناسب و جلب حمایت مدیریتی است. به عنوان یک نتیجه کاربردی، پیشنهاد می‌شود دانشکده‌های پرستاری و مراکز مراقبت بهداشتی اولیه، برنامه‌های آموزشی منسجمی برای آماده‌سازی مربیان و دانشجویان برای اجرای موثر یادگیری هم‌تا تدوین نمایند و زیرساخت‌های لازم به ویژه از نظر فضای فیزیکی را فراهم آورند.

فهرست منابع

۱. آزادی، آرمان، مظفری، مصیب، خورشیدی، علی، رضایی‌فرد، زینب. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر آموزش به روش‌های همتا، منتور شیپ و متداول بر یادگیری مهارت پانسمان‌های جراحی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷. مجله تحقیقات جدید در علوم پزشکی، ۳(۲).
۲. خداویسی، مسعود، تکرلی، فاطمه، محمدی، ناهید، سلطانیان، علیرضا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش به روش گروه همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۵.
۳. نجفی قزlj، طاهره، جواهری آراسته، افسانه، حقانی، شیما. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش همتا بر دانش و عملکرد دانشجویان پرستاری در احیای قلبی ریوی پایه. نشریه پرستاری ایران (مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران)، ۳۱(۱۱۵)، ۶-۱۹.
4. Ali, N. S., Carlton, K. H., & Ali, O. S. (2015). Telehealth education in nursing curricula. *Nurse Educator*, 40(5), 266-269.
5. Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open*, 2, 8-14.
6. Bisholt, B., Ohlsson, U., & Engstrom, A. K. (2014). Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 304-310.
7. Bos, E. (2014). A good learning environment for nursing students in primary health care (Doctoral thesis). Stockholm: Karolinska Institutet.
8. Boud, D. (2001). Introduction: Making the move to peer learning. In D. Boud, R. Cohen, & J. Sampson (Eds.), *Peer learning in higher education learning from & with each other*. London: Kogan Page.
9. Boud, D., Dawson, P. H., Bearman, M., Bennett, S., Joughin, G., & Molloy, E. (2018). Reframing assessment research: Through a perspective. *Studies in Higher Education*, 34(7), 1107-1118.
10. Brammer, J. D. (2008). RN as gatekeeper: Gatekeeping as monitoring and supervision. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1868-1876.
11. Carlson, E., & Idvall, E. (2014). Nursing students' experiences of the clinical environment in nursing homes: A questionnaire study using the CLES+T evaluation scale. *Nurse Education Today*, 34(7), 1130-1134.
12. Carlson, E., Pilhammar-Andersson, E., & Wann-Hansson, C. (2010). Time to precept: Supportative and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 432-441.
13. Declaration of Helsinki WMA. (2008). <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
14. Ernstmeier, K. (2020). *Nursing fundamentals*. Open Textbook Library.
15. Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.
16. Flott, E. A., & Linden, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 501-513.
17. Hellström-Hyson, E., Mårtensson, G., & Kristofferzon, M. L. (2012). To take responsibility or to be an onlooker. Student nurses' experiences of two models of supervision. *Nurse Education Today*, 32(1), 105-110.
18. Holst, H., & Hörberg, U. (n.d.). Students learning in clinical practice, supervised in pairs of students – A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*.

19. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs2003-460
20. Lewin, D. (2007). Clinical learning environments for student nurses: Key indices from two studies compared over a 25 years period. *Nurse Education in Practice*, 7(4), 238-246.
21. Lister, M., Vaughn, J., Brennan-Cook, J., Molloy, M., Kuszajewski, M., & Shaw, R. J. (2018). Telehealth and telenursing using simulation for pre-licensure USA students. *Nurse Education in Practice*, 29, 59-63.
22. Markowski, M., Essex, R., & Yearley, C. (2021). Peer learning and collaborative placement models in health care: A systematic review and qualitative synthesis of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 1519-1541.
23. Nygren, F., & Carlson, E. (2017). Preceptors conceptions of a peer learning model: A phenomenographic study. *Nurse Education Today*, 49, 12-16.
24. Pålsson, Y., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., Ädel, E., & Engström, M. (2017). A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 17(51), 81-87.
25. Purc-Stephenson, R. J., & Thrasher, C. (2010). Nurses' experiences with telephone triage and advice: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 482-494.
26. Reiersen, I. Å., Solli, H., & Bjørk, I. T. (2015). Nursing students' perspectives on telenursing inpatient care after simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(4), 244-250.
27. Rosli, N. A., Choo, T. Y., & Idris, D. R. (2021). Impact of preceptorship models for undergraduate nursing students and its implementation: Systematic review. *International Journal of Nursing Education*, 14(1), 111-117.
28. Sand-Jecklin, K. (2009). Assessing nursing student perceptions of the clinical learning environment: Refinement and testing of the SECEE inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 17(3), 232-246.
29. Solvoll, B. A., & Heggen, K. M. (2010). Teaching and learning care-exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30(1), 73-77.
30. Stenberg, M., & Carlson, E. (2015). Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting—An evaluation study. *BMC Nursing*, 14(48), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0098-2>
31. Stenberg, M., Bengtsson, M., Mangrio, E., & Carlson, E. (2020). Preceptors' experiences of using structured activities as part of the peer learning model: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 42, 102668.
32. Stockhouse, L. J. (2005). Learning to become a nurse: Students' reflections on their clinical experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 8-14.
33. Topping, K. (1996). The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. *Higher Education*, 32(10), 321-345.

Explaining the Family-Centered Care Model from the Perspective of Parents and Healthcare Staff in the Neonatal Intensive Care Unit (Case Study: Iranshahr University of Medical Sciences)

Ameneh Zarrin

Master of Nursing, Neonatal Intensive Care, Iranshahr University of Medical Sciences, Sistan and Baluchestan, Iran

Abstract

Given the need for nursing students to integrate theory with practice, current research is seeking the best models of learning and teaching in primary health care settings. The ongoing shortage of experienced educators, coupled with the increasing number of students, poses major challenges in clinical nursing education. The aim of this study is to explore the lived experiences of nursing educators of the peer learning process in primary health care settings. This research was conducted with a qualitative approach using semi-structured interviews with seven nursing educators in primary health care centers. The participating educators ranged in age from 32 to 55 years and were all female. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using inductive content analysis. The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and local ethical guidelines. Data analysis led to the extraction of three main themes: 1) learning environment (with subthemes: physical environment, brief visits to patients with diverse care needs, and telephone consultations); 2) learning process (with subthemes: open communication with ongoing dialogue, reflecting and solving problems independently, and learning to cope with stressful situations); and 3) learning prerequisites (with subthemes: instructor competence, time for coaching, and management support). Instructors experienced peer learning as a beneficial educational model for learning in primary health care settings and found it stimulating, challenging, and conducive to the development of professional identity and nursing skills. In addition, instructors noted how quickly students gained sufficient confidence to meet with patients unsupervised. However, there were also challenges, mainly related to the physical environment, including the difficulty in finding a study room and individual differences of students, which required management strategies from the instructors. Conclusion: This study shows that despite the complex learning environment, peer learning as an educational model in the primary health care setting performs well from the instructors' perspective. Instructors should prepare strategies and solutions to ensure the effectiveness of the educational model, especially in relation to the physical environment. Also, planning and structure are necessary to ensure the quality of the students' learning process. Prerequisites for the success of this model include sufficient qualification of instructors, adequate time allocation for coaching, and management support. Consequently, clinical internship and learning conditions that are beneficial for both students and instructors should be prioritized by the management.

Keywords: Peer learning, Nurse educators, Primary health care, Lived experiences
